

Année 1909

THÈSE

N°

291

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 10 Juin 1909, à 1 heure

PAR

Jacques DUQUET

Né à Paris, le 14 décembre 1882

DE

L'OPÉRATION CÉSARIENNE

Dans les cas d'Hématomes rétro-placentaires graves

Président : M. RIBEMONT-DESSAIGNES, professeur

Juges { *MM. HUTINEL, professeur*
BAR, professeur
NOBÉCOURT, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE, Éditeur

15, Rue Racine, 15

1909

291

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547127_0050

Année 1909

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 10 Juin 1909, à 1 heure

PAR

Jacques DUQUET

Né à Paris, le 14 décembre 1882

DE

L'OPÉRATION CÉSARIENNE

Dans les cas d'Hématomes rétro-placentaires graves

Président : M. RIBEMONT-DESSAIGNES, professeur

Juges { MM. HUTINEL, professeur
BAR, professeur
NOBÉCOURT, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE, Éditeur

15, Rue Racine, 15

1909

A MA MÈRE

ET

A MON PÈRE

M. ALFRED DUQUET.

A MES FRÈRES.

A M. STANISLAS MEUNIER,

PROFESSEUR AU MUSÉUM.

A MES EXCELLENTS MAÎTRES

M. LE DOCTEUR BOURCY,

MÉDECIN DE L'HOPITAL LAENNEC.

M. LE DOCTEUR MICHEL,

MÉDECIN DES HOPITAUX,

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE M. LE

PROFESSEUR ROBIN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

M. LE PROFESSEUR RIBEMONT-DESSAIGNES.

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE,

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL BEAUJON.

DE

L'OPÉRATION CÉSARIENNE

Dans les cas d'Hématomes rétro-placentaires graves

PRÉFACE

Nous tenons tout d'abord à remercier très vivement et très respectueusement notre éminent maître, M. le Professeur Ribemont-Dessaignes qui a eu la bonté de nous donner le sujet de cette thèse et nous n'oublierons jamais la bienveillance qu'il nous a témoignée pendant la durée de nos études médicales. Nous lui exprimons ici toute notre reconnaissance.

Nous tenons aussi à remercier chaleureusement M. le Docteur Bourcy des conseils qu'il a bien voulu nous donner. Nous ne saurions trop lui exprimer notre gratitude pour sa bienveillance.

Nous sommes heureux de reconnaître également l'intérêt que M. le Docteur Michel nous a sans cesse porté. Qu'il en reçoive tous nos remercîments.

Enfin que M. Stanislas Meunier, professeur au Muséum, nous permette de saisir cette occasion pour lui renouveler l'assurance de notre très respectueuse affection.

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

De nombreux travaux ont déjà été faits sur les hémorragies rétro-placentaires et leur traitement : le but de notre thèse ne sera pas de refaire le traitement de ces hémorragies mais simplement de nous occuper des indications — rares il est vrai — où la césarienne pourrait être faite non dans le but de sauver l'enfant — puisque celui-ci est toujours perdu — mais de sauver la mère vouée à une mort certaine, si cette opération d'urgence n'était pas pratiquée.

Donc nous ne parlerons pas des injections vaginales chaudes à 48°, de la rupture artificielle des membranes, de l'application du ballon de Champetier de Ribes, de la dilatation manuelle, mais simplement de la césarienne, traitement d'exception certes mais aussi traitement de nécessité, puisqu'il est dans certains cas l'unique chance de salut pour la mère.

Il y a quelques années, MEYER avait émis l'idée qu'il serait peut-être rationnel, quand la femme paraissait destinée fatalement à périr, de terminer l'accouchement par la voie abdominale. Cette idée n'avait été émise

qu'à simple titre d'hypothèse et n'avait jamais été essayée, lorsqu'en 1892, comme Malcom Storer le rapporte, BAGOT, dans un cas d'hémorragie rétro-placentaire d'origine traumatique, fit sur une femme dans un petit village des environs de Dublin une opération de Porro avec un plein succès. (Voir observation n° 1).

En 1904, M. LE PROFESSEUR PINARD, dans une leçon qu'il fit à la clinique Baudelocque et parue dans la *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie* de la même année, après avoir envisagé les divers traitements à donner dans les cas d'hémorragies rétro-placentaires, dit ceci :

« ... Dans certains cas, le travail n'étant pas com-
« mencé, l'hémorragie continuant, on peut se dire que,
« si l'on met un ballon, il faudra des heures avant de
« délivrer la mère et qu'elle aura le temps de mourir
« pendant ce temps. Mais je n'ai jamais vu de ces cas
« semblables. S'il s'en présentait de pareils, je n'hésite-
« rais pas, devant l'impossibilité d'attendre, à pratiquer
« la laparotomie et j'irais attaquer directement le foyer.
« Je viderais rapidement l'utérus de son contenu et,
« ensuite, je le traiterais suivant l'état de l'opérée, soit
« par l'amputation supra-vaginale, soit par l'hystérec-
« tomie abdominale totale. Cette pratique, je l'ai déjà
« préconisée dans mes leçons antérieures, je la préco-
« nise encore car je n'en connais pas de plus expéditive
« et de plus rationnelle. »

* En France, le 26 novembre 1905, M. LE PROFESSEUR BAR fait une césarienne dans un cas d'hémorragie rétro-placentaire.

Au début de 1906, M. LE PROFESSEUR RIBEMONT-DESSAIGNES en fait une autre.

Toujours en 1906 mais au mois de mai, LE PROFESSEUR FABRE, *de Lyon*, fait une césarienne vaginale.

Enfin le 16 mars 1909, M. LE PROFESSEUR RIBEMONT-DESSAIGNES fait une autre césarienne suivie d'amputation supra-vaginale.

Nous avons cru intéressant de mentionner les différentes opérations de césarienne pratiquées dans les cas d'hémorragies rétro-placentaires, de chercher à en tirer certaines déductions et d'envisager les cas où celle-ci peut être faite avec le maximum de chance de sauver la femme et le minimum relatif de danger pour elle.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Tout d'abord quels signes présentaient les femmes chez qui LES PROFESSEURS RIBEMONT-DESSAIGNES, BAR et FABRE ont fait la césarienne et cherchons quelles sont les raisons qui ont pu les déterminer à pratiquer une pareille opération.

Toutes, sans exception, présentaient la plupart des signes classiques des hémorragies rétro-placentaires. On constatait souvent une augmentation de l'utérus : il remontait au-dessus de l'ombilic plus haut que normalement et certain même, ainsi que le témoigne l'observation n° V, ont pu faire penser un moment à de l'hydramnios.

Mais l'utérus n'est pas simplement distendu, il est de plus volumineux, constamment dur, présentant ce que l'on a appelé « *la dureté ligneuse* » de l'utérus.

Chez toutes ces femmes — ce qui est généralement la règle — les bruits du cœur fœtal n'étaient pas perçus puisque l'enfant était mort par suite du décollement placentaire qui supprimait la circulation fœtale.

Ces femmes présentaient de plus tous les signes d'hémorragie grave interne ; elles étaient agitées, inquiètes, en proie à un malaise général ; leur intelligence était annihilée ; elles répondaient plus ou moins bien aux questions posées ou même ne répondaient pas du tout, elles ne voyaient plus, souvent même elles n'entendaient plus ; la face était pâle, les téguments et les muqueuses étaient décolorés, les extrémités refroidies, les yeux grands ouverts, la pupille dilatée, les membres inférieurs engourdis pouvaient quelquefois même entrer en convulsions ainsi que la face et simuler alors l'éclampsie comme le rapporte MAYGRIER dans le *Journal de Médecine de Paris* 1892. Le corps était couvert de sueurs, elles présentaient des troubles de la vue et des troubles de l'ouïe, de l'oppression et leur pouls filiforme, quelquefois à peine sensible, très accéléré, atteignait et même dépassait dans certains cas 150 pulsations à la minute.

Cet état général alarmant ne s'accompagnait que d'un suintement sanguin rarement nul, souvent insignifiant qui quelquefois même comme dans l'observation du PROFESSEUR RIBEMONT-DESSAIGNES n° V peut dégénérer subitement en une hémorragie vaginale formidable ; dans tous les cas, la quantité de sang qui s'écoulait avait un aspect bien particulier : il était poisseux, de couleur rouge noirâtre, mélangé à des caillots noirs diffluent.

Le toucher vaginal faisait reconnaître un segment inférieur dur et tendu comme le reste de l'utérus. Il

s'enfonçait dans l'excavation comme une « *sébille de bois*, » selon l'expression du Professeur Pinard.

Tous ces signes sont communs à toutes les hémorragies rétro-placentaires. Quels sont donc les motifs qui ont pu déterminer LES PROFESSEURS RIBEMONT-DESSAIGNES, BAR et FABRE à ne pas s'attarder aux traitements indiqués plus haut très sommairement et à pratiquer la césarienne.

Cherchons à indiquer en même temps les différents cas, non envisagés jusqu'ici, qui pourraient contraindre le médecin à pratiquer également une césarienne d'urgence.

La plupart de ces femmes, en plus des signes d'hémorragie grave interne invitant le médecin à agir au plus vite, présentaient de la rigidité du col.

Certaines, de la rigidité dite anatomique due à un état spécial du col (et non du segment inférieur comme dans la spasmodique) qui empêchait l'ouverture et la dilatation de l'orifice utérin. Le col, effacé, était dur, épais, résistant, non douloureux et donnant la sensation de *cuir imbibé de graisse*.

Chez d'autres, la rigidité d'origine spasmodique était due à la contracture musculaire du col et surtout du segment inférieur de l'utérus, ce qui est tout naturel, puisque ce dernier est plus riche en fibres musculaires que le col. Le col et le segment inférieur étaient douloureux, sensibles à la pression, chauds, minces et tendus et dans certains cas, le spasme, au lieu d'atteindre tout le seg-

ment inférieur de l'utérus jusqu'à l'orifice externe, était surtout limité à l'orifice interne.

Chez une autre, la rigidité était d'origine pathologique et était due à la présence d'un fibrome ; au toucher, l'excavation était vide, le col déhiscent était basculé en avant ; les membranes étaient intactes. A travers celles-ci, on sentait une tête flottante au-dessus du détroit supérieur ; le cul-de-sac postero-latéral gauche était fortement déprimé par une tumeur de consistance charnue et molle étalée par la compression supérieure qui l'écrase sur la marge du bassin, elle masquait l'angle sacro-vertébral, lequel autant qu'on pouvait le percevoir était facilement accessible. Le sacrum était accessible dans toute sa hauteur.

Chez d'autres enfin, la rigidité peut être causée soit par une métrite parenchymateuse, soit par un cancer, soit même enfin par des cicatrices consécutives soit à des opérations de Schröder, soit à des cautérisations au caustique de Filhos ou au chlorure de zinc, soit à d'anciennes déchirures provoquées par des interventions (forceps, basiotripsie, curettage), pratiquées au cours ou à la suite d'accouchements antérieurs. Plus rares sont les rétrécissements cicatriciels dus à une ancienne lésion syphilitique du col ou à une malformation congénitale du col ou du vagin.

Ici la conservation de l'utérus ne se pose pas, car dès l'instant que l'orifice cervical est sténosé, la césarienne conservatrice ne peut être pratiquée puisqu'il est impos-

sible de placer la mèche vaginale et d'assurer l'écoulement lochial pendant les suites de couches. En ce cas, la césarienne doit être remplacée par l'opération de Porro ou par l'hystérectomie abdominale totale.

En dehors des cas où l'on trouve de la rigidité du col, n'y a-t-il pas d'autres causes pouvant obliger le médecin à faire la césarienne ? Nous croyons que si, principalement dans le cas où la femme en état d'anémie suraiguë paraît totalement incapable de pouvoir résister aux dangers de l'hémorragie post-partum ou au danger que lui occasionnerait une trop longue attente de la dilatation du col.

En effet, si pendant que l'on s'attaque au col utérin, l'état de la femme devient de plus en plus mauvais et si l'on sent que l'accouchement accéléré sans violence n'est pas capable de répondre à l'urgence de la situation, il faut ici encore faire la césarienne.

D'après les observations citées dans notre thèse, il résulte que LES PROFESSEURS RIBEMONT-DESSAIGNES et BAR se sont trouvés en face d'un col utérin dur, rigide et résistant. Persuadés que vu l'état particulièrement alarmant de ces femmes, il leur était impossible de faire la dilatation utilement à cause de la résistance des tissus maternels, craignant d'agir ou trop lentement pour arrêter l'hémorragie ou trop vite et alors de risquer de provoquer une rupture utérine, il leur a paru mieux d'abandonner la voie basse et, puisque la nécessité de vider l'utérus restait non seulement impérieuse mais

absolument immédiate, de recourir à la voie haute qui était sûrement rapide et certainement aussi moins grave que les efforts vains de pénétration ou que la rupture utérine qui aurait pu en résulter.

LE PROFESSEUR FABRE sectionna tout d'abord l'orifice externe du col et la partie inférieure de l'orifice interne mais ce fut en vain et il fit une césarienne vaginale.

Nous allons maintenant étudier quels sont les avantages et les inconvénients de la césarienne vaginale et de la césarienne abdominale.

Quelle césarienne doit-on pratiquer de préférence ?

Quels sont les différents procédés opératoires qui ont été employés ou préconisés jusqu'ici ? Doit-on, ainsi que le voudrait GASTON, préférer la césarienne vaginale à la césarienne abdominale ?

Après avoir étudié tous les divers traitements à faire dans les cas d'hémorragies rétro-placentaires, GASTON dans sa thèse de Lyon (page 70 et 71, année 1905-1906), écrit ceci :

« Les opérations césariennes peuvent se diviser en deux catégories :

« Opérations césariennes abdominales ;

« Opérations césariennes vaginales (méthodes de Bümm et de Dürhssen).

« 1° Les césariennes abdominales doivent être *absolument* rejetées bien que Landon nous dise :

« Lorsque nous avons à examiner une femme exsangue dont le pouls est imperceptible ou n'est pas perçu, si la dilatation n'est pas très avancée, et surtout si nous sommes dans un hôpital, il n'y a qu'un moyen : l'opération césarienne. »

« Deux cas se présentent alors :

a) La malade n'est pas encore dans un état désespéré.
« On peut dans ce cas essayer tous les procédés dont
« nous avons parlé plus haut (injection intra-utérine à
« 48°, tamponnement, rupture des membranes, dilata-
« tion du col).

b) L'état général est des plus inquiétants et il faut
« intervenir très rapidement. Nous ne pouvons employer
« la césarienne abdominale à cause de ses plus grands
« dangers d'infection, de la lenteur des préparatifs (au
« moins une heure) et du shock opératoire auquel elle
« prédispose la malade, qu'une nouvelle perte de sang
« peut conduire à une mort certaine. Et d'ailleurs pour-
« quoi faire une césarienne abdominale ? Pour retirer
« un enfant toujours mort et enlever à la femme le der-
« nier souffle qui lui reste ?

« 2° La césarienne vaginale est alors tout indiquée,
« bien que ce soit une opération peu pratiquée en
« France. Elle donne d'ailleurs le minimum d'hémor-
« ragie et le minimum de shock. »

Il nous semble que notre confrère Gaston est un peu trop absolu dans ses conclusions et nous ne croyons pas avec lui que systématiquement la césarienne abdominale ne doive jamais être faite et nous pensons même que, dans certains cas, loin d'être rejetée, elle a ses indications spéciales.

C'est ce que, bien modestement, nous allons essayer de démontrer.

1° *La césarienne abdominale offre-t-elle vraiment de plus grands dangers d'infection que la césarienne vaginale ?*

Nous ne le croyons pas. Certes, si nous consultons à ce sujet les statistiques anciennes, elles ne sont pas encourageantes et montrent que cette infection était excessivement fréquente, mais de nos jours, en opérant avec toute l'antisepsie désirable, nous devons constater que les résultats sont beaucoup plus satisfaisants. Parmi les femmes opérées, la très grande majorité n'éprouve aucune élévation de température, et celles chez lesquelles on découvre une légère ascension fébrile, n'aurait-on pas ou n'a-t-on pas dû en chercher plutôt la cause soit dans la résorption du liquide amniotique écoulé dans le péritoine — ce qui doit du reste être évité autant que cela est possible — soit dans les phénomènes intestinaux ; en tous cas, en consultant les documents, il nous a semblé que lorsqu'il y a eu infection, il s'est toujours agi d'infection légère.

Il est évident également que les phénomènes d'infection ont d'autant moins de chances de se produire que l'opération est faite dans un milieu convenable et à plus forte raison dans un établissement hospitalier, où l'on a tout pour opérer aseptiquement.

La césarienne ne doit-elle plus être faite lorsque le travail est commencé ?

Beaucoup d'auteurs repoussent la césarienne dans ce cas et cela, surtout à cause de la crainte d'infection.

« Opérer aseptiquement, est une condition si capitale
« du succès, que l'opération césarienne conservatrice
« doit être considérée comme contre-indiquée dans tous
« les cas où il y a infection même légère du vagin et du
« canal cervical..... Par la même raison, la section césarienne donne des résultats moins bons quand elle est
« pratiquée chez une femme en travail depuis longtemps,
« chez qui le toucher a été fréquemment pratiqué ou
« chez qui les membranes sont rompues depuis longtemps. » (BAR, *Leçons de pathologie obstétricale*).
M. LE PROFESSEUR PINARD est encore plus rigoureux, lorsqu'il dit : « Inutile de dire que je n'accepte l'opération césarienne qu'à terme c'est-à-dire au début du travail. » (*Rapport au congrès d'Amsterdam 1899*).
Nous pouvons d'abord, pour répondre à ces arguments, sans reprendre la question de la césarienne d'urgence qu'a traitée notre collègue GUILLET, nous appuyer sur les observations qu'il a publiées.

Si, en effet, l'opération donne de bons résultats lorsqu'elle est pratiquée d'urgence, après le travail prolongé et des tentatives d'extraction, lorsque la femme est fatiguée et que l'enfant souffre ; elle doit à fortiori en donner d'aussi bons lorsqu'elle est faite plus tôt.

2° *Les préparatifs de l'opération césarienne abdominale sont-ils si longs et si compliqués que le déclare GASTON et en outre ces préparatifs sont-ils écourtés pour la césarienne vaginale ?*

Nous ne pensons pas ainsi, et il nous semble que ce

qui doit être préparé pour l'une doit l'être également pour l'autre.

Quant à la durée des opérations : il est évident que la césarienne abdominale est plus rapide que la césarienne vaginale. Il faut en effet trois quarts d'heure à peine pour l'une et plus d'une heure pour l'autre et en admettant même que la seconde soit plus rapide, la difficulté n'en est-elle pas beaucoup plus grande ?

3° L'opération césarienne abdominale prédispose-t-elle plus la malade à une hémorragie que la césarienne vaginale ?

Certes ce qu'il faut craindre au cours de l'intervention c'est l'hémorragie par inertie utérine. Toutefois celle-ci serait assez rare et ne se produirait que dans 6 o/o des cas d'après les statistiques de LÉOPOLD et de HOAKE. M. LE PROFESSEUR BAR ne l'a jamais rencontrée et pour lui, elle serait due à la striction préventive du col par un lien élastique.

Généralement ces hémorragies cèdent très facilement à quelques injections d'ergotine et à la suture utérine. En tous les cas, si l'utérus ne se contracte pas assez vite ou mal, n'a-t-on pas comme suprême ressource l'opération de Porro ?

Dans les jours qui suivent, il peut se produire encore des hémorragies mais elles sont excessivement rares et en ce cas encore l'injection d'ergotine les arrêtera ; elle pourra être employée d'autant plus volontiers que l'on est bien certain qu'il n'y a pas de rétention placentaire.

4° La césarienne vaginale donne-t-elle le minimum d'hémorragie ?

Nous ne partageons pas cette opinion car certains auteurs n'ont-ils pas signalés des hémorragies très graves qui ont même nécessité l'hystérectomie vaginale et ne doit-on pas toujours redouter l'hémorragie par extension et déviation des incisions au moment de l'extraction de l'enfant ?

Mais la césarienne vaginale a d'autres inconvénients.

Elle est, je l'ai déjà dit, beaucoup plus difficile à exécuter que la césarienne abdominale, de plus, chez les femmes susceptibles d'infection puerpérale, les incisions donnent lieu à des cicatrices vicieuses qui peuvent se rompre à l'occasion de grossesses ultérieures, enfin n'est-on pas obligé de faire des incisions très longues pour obtenir une dilatation suffisante et si on craint de les prolonger trop loin, ne risque-t-on pas de les voir s'étendre lors de la sortie du fœtus et produire des délabrements très étendus ?

Ces incisions devront être plus étendues encore quand le col a toute sa longueur et quand on opère aux environs de six mois, époque où le segment inférieur n'est pas encore constitué.

En un mot, dans les cas d'hémorragies retro-placentaires graves, il me semble que la césarienne classique est préférable à la césarienne vaginale chez une femme à terme ou aux environs du terme, non infectée, avec

fœtus mort mais non macéré, et cela pour les raisons suivantes :

Elle est l'opération la plus simple pour le chirurgien ;

Elle est l'opération sinon la moins longue du moins la moins dangereuse pour la parturiente et est de toutes les opérations celle que la malade supportera le mieux.

Enfin si l'infection est à craindre, on peut faire suivre l'opération césarienne d'un drainage du péritoine par la plaie abdominale et au besoin de l'hystérectomie totale ou du Porro.

Ce qui nous amène à envisager les cas où le Porro semble être indiqué de préférence à la césarienne abdominale.

Par exemple quand l'on craindra une infection probable, quand l'utérus malgré l'injection d'ergotine aura des contractions insuffisantes pour assurer l'hémostase. Cette opération que, du reste, suivant l'expression de M. LE PROFESSEUR PINARD, tout praticien doit savoir faire et bien faire est facile et rapide à exécuter dans n'importe quel milieu ainsi que nous le prouve l'observation de Malcom Storer n° I ; de plus elle ne demande qu'un arsenal chirurgical des plus restreints. Elle est bien moins dangereuse au double point de vue de l'hémostase et de l'infection secondaire et on ne peut guère lui reprocher que la lenteur et le manque d'esthétique de sa cicatrisation.

Des divers soins à donner après l'opération de la césarienne.

Il faut tout d'abord lutter contre l'anémie produite par l'hémorragie, la femme devra rester immobile, la tête basse ; on prescrira des enveloppements chauds, l'emploi de l'alcool et des excitants de toutes sortes, des injections hypodermiques d'éther et de caféine seront d'un bon effet car elles agiront sur le système nerveux déprimé. Dans les cas très graves et lorsque les pertes sanguines auront été considérables il est tout indiqué de faire des injections de sérum artificiel afin de relever la tension artérielle et de restituer à l'économie une partie de ses éléments nutritifs.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Publiée par MALCOM STORER, in *the Boston Médical and Surgical Journal* 1892, CXXVII, p. 377-379).

La malade M. M..., était une grande Irlandaise, de bonne santé, avec un tempérament un peu nerveux, âgée de 30 ans et mère de sept enfants. Ses dernières règles cessèrent le 16 octobre 1890.

Dans la soirée du 6 mai, pendant qu'elle nettoyait sous un lit, elle se heurta l'abdomen très violemment et ressentit quelques faiblesses dans la suite pendant la nuit.

Le 9 mai, à six heures du matin, elle se " sentit mal " et envoya chercher un médecin, le Docteur B.-A. Cheney, de New-Haven ; je me sers beaucoup des notes de ce médecin pour rapporter cette observation. La malade était alors en très bon état, la température normale, le pouls à 96, mais elle était agitée et effrayée. Trouvant une présentation de la tête, le col non dilaté, sans aucun signe de travail pour le moment, il attribua son état à son tempérament nerveux et ordonna un calmant. A 7 heures, il fut appelé de nouveau et trouva qu'il y avait eu une hémorragie assez abondante pour mouiller deux

ou trois serviettes. La malade était bien plus tranquille et le pouls comme auparavant. Le vagin fut tamponné dans l'espoir de faire naître la contraction utérine. A 10 heures du soir, tandis que le Docteur Cheney était dans la chambre, la malade pâlit subitement, le pouls s'éleva à 150, très faible et intermittent, une respiration profonde et haletante se montra et, en peu de temps, elle présenta tous les sytômes de l'hémorragie. L'utérus était plus distendu qu'auparavant, mais ne fut pas palpé sans nécessité. Le col était comme auparavant, dur et rigide, avec une absence complète de douleurs du travail. Il n'y avait pas d'hémorragie externe en ce moment et visiblement aucun travail. Les membranes furent rompues, du liquide amniotique s'échappa sans produire un effet apparent sur l'état de la femme. On envoya alors chercher le Docteur Bagot pour une consultation. Après un examen attentif, il décida que la meilleure chance de sauver la mère était de pratiquer un Porro aussi rapidement que possible. La vie de l'enfant n'était pas à considérer car il était probablement mort.

Les raisons qui le poussaient à adopter ce traitement radical étaient un peu les suivantes : d'abord il considéra la mortalité de 85 o/o dans les cas d'hémorragie interne sans travail traités par les méthodes ordinaires. Ensuite, il pensa que l'état de la femme, dont le pouls était à ce moment près de 200 en dépit des stimulants les plus actifs, était si désespéré qu'il excluait l'idée de la soumettre au risque de l'hémorragie ultérieure qui suivrait probablement quelque tentative sur le col rigide et non dilaté ; il craignait qu'elle ne mourût entre ses mains pendant qu'il dilaterait assez le col pour extraire le fœtus après la craniotomie. Même en supposant qu'elle vécut

jusqu'à l'extraction du fœtus, il restait encore le danger de l'hémorragie post-partum et elle paraissait si exsangue que évidemment la perte de la quantité de sang qui suit ordinairement la délivrance aurait été trop forte pour elle. En pratiquant un Porro, d'un autre côté, pourvu qu'elle supporta le " shock " de l'opération, non nécessairement grand en lui-même, on évitait entièrement toute perte de sang ultérieure. L'opération césarienne conservatrice n'était pas à considérer, le temps nécessaire pour cette opération étant hors de question dans l'état actuel de la malade. Comme l'utérus ne paraissait pas alors avoir augmenté à la vue, et comme l'état de la malade n'avait pas empiré, il y avait des raisons pour espérer que l'hémorragie s'était arrêtée en ce moment et qu'elle ne se reproduirait pas de nouveau jusqu'à ce qu'on eut le temps de se procurer et de stériliser le petit nombre d'instruments nécessaires pour l'opération.

Sur ces entrefaites, à l'heure suivante, on lui administra une once de whisky sous la peau. On l'endormit avec un mélange de trois parties d'éther pour une de chloroforme. Le nettoyage de la peau ne fut fait que très rapidement, de peur de reproduire l'hémorragie. Moins de trois minutes après avoir été éthérisée, lavé avec une brosse l'abdomen fut ouvert, les ligaments larges et ronds fixés et coupés de chaque côté, et l'utérus, avec une ligature élastique autour de sa base empêchant efficacement une hémorragie ultérieure, fut basculé en avant et en dehors de l'abdomen ; ses parois furent saisies alors avec deux pinces à boulet. En ouvrant l'utérus, on retira un enfant mort ; on trouva le placenta entièrement décollé et l'utérus plein de caillots et de liquide sanglant. On amputa alors l'utérus en bas et, après avoir fixé les ar-

tères utérines avec six pinces, la ligature élastique fut changée pour une pince de Tait. Deux aiguilles de Peasle servirent très bien comme pinces à hystérectomie à défaut de meilleurs instruments. Les autres détails de l'opération furent faits comme d'habitude, quoique d'une manière précipitée.

Avec de la chaleur et du whisky en abondance, la malade se remit bien et quatre jours plus tard fut portée à l'hôpital où elle fit une bonne convalescence. Quelqu'un connaissant la malpropreté et la saleté des habitations de Dublin appréciera ; la nature défavorable de l'entourage et l'asepsie fut si complètement faite que sa température ne s'éleva pas au-dessus de 100° Farenheit.

Quatre mois plus tard, on revit la femme qui, disait-elle, " se sentait bien mieux qu'avant l'opération. "

OBSERVATION II

(BAR ; *Bulletin de la Société d'obstétrique 1906*)

La femme, de bonne santé habituelle, était arrivée au septième mois de la sixième grossesse.

Nous n'avons eu que des renseignements très vagues sur les accidents qui avaient pu marquer les cinq premières grossesses. Celles-ci s'étaient toutes terminées par la naissance d'enfants vivants.

La malade nous fut apportée le 26 novembre 1905 à une heure du matin. Depuis la veille, elle se plaignait de dyspnée intense et ne sentait plus les mouvements de l'enfant.

La sage-femme de garde qui l'examina constata, que

l'utérus était plus volumineux qu'il eut dû l'être, qu'il était constamment dur et que les battements du cœur fœtal ne pouvaient être perçus. Le col était long, résistant, situé très en arrière. Il n'y avait pas d'hémorragie externe.

6 heures du matin. — La femme se plaignait d'une vive douleur sur le côté gauche du fond de l'utérus, et on l'examina de nouveau. L'utérus paraissait surdistendu; il y avait un écoulement sanguin abondant, et la malade présentait des signes d'anémie suraigüe.

L'interne fit de suite une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum et plaça dans l'utérus un ballon de Champetier de Ribes de 300 grammes.

Quand M. Bar vit la malade, elle était dans un état très précaire, sans pouls. Le diagnostic d'hémorragie retro placentaire s'imposait, et il parut évident que l'évacuation rapide de l'utérus pouvait seule permettre quelque espoir.

Etant donnée l'absence d'effacement du col, sa résistance, sa situation en arrière, on pensa que l'accouchement par les voies naturelles nécessiterait des manœuvres trop prolongées, et M. Bar se décida à pratiquer l'opération césarienne, projetant de faire l'ablation de la partie supra-vaginale de l'organe, s'il n'y avait pas de contractions suffisantes pour assurer l'hémostase. Quand l'utérus fut incisé, une quantité considérable de sang noir s'écoula. On enleva rapidement le fœtus, le placenta, les caillots qui remplissaient la cavité utérine, et on constata que l'hémorragie s'était produite dans la partie supérieure et gauche de l'utérus, au point où la malade avait accusé une douleur vive.

L'utérus se contractant bien, on prit, non sans hési-

ter, le parti de laisser l'utérus dont la paroi paraissait ecchymotique. On pratiqua donc le tamponnement utérin, on sutura la paroi utérine et on ferma la plaie de la paroi abdominale.

La malade resta dans un état de shock. Le soir les forces parurent se relever; mais l'amélioration ne fut que passagère et le lendemain matin la mort survint.

OBSERVATION III

(Due à M. LE PROFESSEUR RIBEMONT-DESSAIGNES)

Opération césarienne — Enfant mort-né — Décollement prématuré du placenta

Le 25 janvier 1906 entre à l'hôpital Beaujon une multipare de 26 ans. — Accouchée deux fois. — En 1899 spontanément à terme d'un enfant vivant, mort à cinq semaines d'érysipèle.

En 1902 à 8 mois d'un enfant mort-né. — (Hémorragie du travail. — Hôpital Saint-Louis).

Grossesse actuelle. — Dernières règles au commencement de mai. Cette femme est venue consulter à la maternité de Beaujon en décembre 1905. — Grossesse d'environ sept mois, enfant vivant en O. I. D. T. — Rien de particulier. — Urines normales.

Elle ne revient pas consulter et se présente dans le service le 25 janvier 1906 à une heure du matin ayant quelques douleurs. L'examen par le palper permet de constater que l'enfant est en O. I. D. T. — Il est vivant. Au toucher, col en voie d'effacement. — Pouls à 88.

La parturiente est gardée à la consultation jusqu'à six heures du matin. A ce moment, ses douleurs étant plus fortes, elle est amenée à la salle d'accouchement.

On est frappé de la pâleur de cette femme et de la tension constante des parois utérines. Le palper est impossible et l'auscultation négative.

Au toucher, l'orifice externe du col est largement ouvert, l'orifice interne du col a une dilatation de deux francs environ, mais il est très dur.

La sage-femme de garde rompt les membranes ; il s'écoule une certaine quantité de liquide clair. L'état de l'utérus n'est pas modifié.

M. le Professeur Ribemont-Dessaignes examine à son tour cette femme et fait les mêmes constatations ; elle est vue aussi par M. le Docteur Rudaux et par M. le Docteur Le Lorier, chef de clinique. La femme est toujours pâle et son pouls est à 96. Diagnostic posé : Hémorragie retro-placentaire.

M. le Professeur Ribemont-Dessaignes fait faire une injection sous-cutanée de 700 grammes de serum artificiel et décide de faire une opération césarienne.

25 janvier : 11 h. 10 du matin. — Opération par M. le Professeur Ribemont-Dessaignes. Anesthésie au chlorure d'hétyle et ensuite à l'éther. La femme est opérée en position déclive.

Après l'incision de la paroi abdominale, on remarque que le péritoine qui tapisse l'utérus est comme décollé au niveau du cul-de-sac vésico-utérin par un très léger épanchement sous-séreux non hémorragique. La face antérieure de l'utérus est rouge violacée, ecchymotique. Une incision est pratiquée sur la moitié inférieure de la face antérieure et exactement sur la ligne médiane.

Par cette incision, M. le Professeur Ribemont-Dessaignes introduit un doigt dans l'utérus et prolonge sur ce doigt une incision par en haut et tombe en plein sur le placenta qui est extrait en même temps qu'un grand nombre de caillots (400 gr.). Il s'écoule une assez grande quantité de sang. M. le Professeur Ribemont-Dessaignes extrait l'enfant qui est mort (2.800 gr.). L'utérus est extrêmement mou, on fait immédiatement trois piqûres d'ergotine et il finit par se contracter.

Sutures utérines à la soie n° 1 et 2.

Sutures du péritoine au catgut n° 0.

Sutures musculaires à la soie n° 2.

Suture de la peau au crin de Florence.

Pansement compressif.

L'opération est terminée à midi.

Le pouls est à 140.

Piqûres : spartéïne, caféïne, éther.

Bandes d'Esmarck.

Sérum artificiel sous-cutané (1.600 grammes).

Le soir à 5 h. 30, température axillaire 35,8. Pouls 132.

A 8 h. 30, température axillaire 37. Pouls 140.

A 11 heures du soir, piqûre de morphine 1 cent. cube.

27 janvier. — Diète hydrique pendant 24 heures.

Injection sous-cutanée : 500 gr. de sérum artificiel.

Le soir, une piqûre de un centim. cube de morphine.

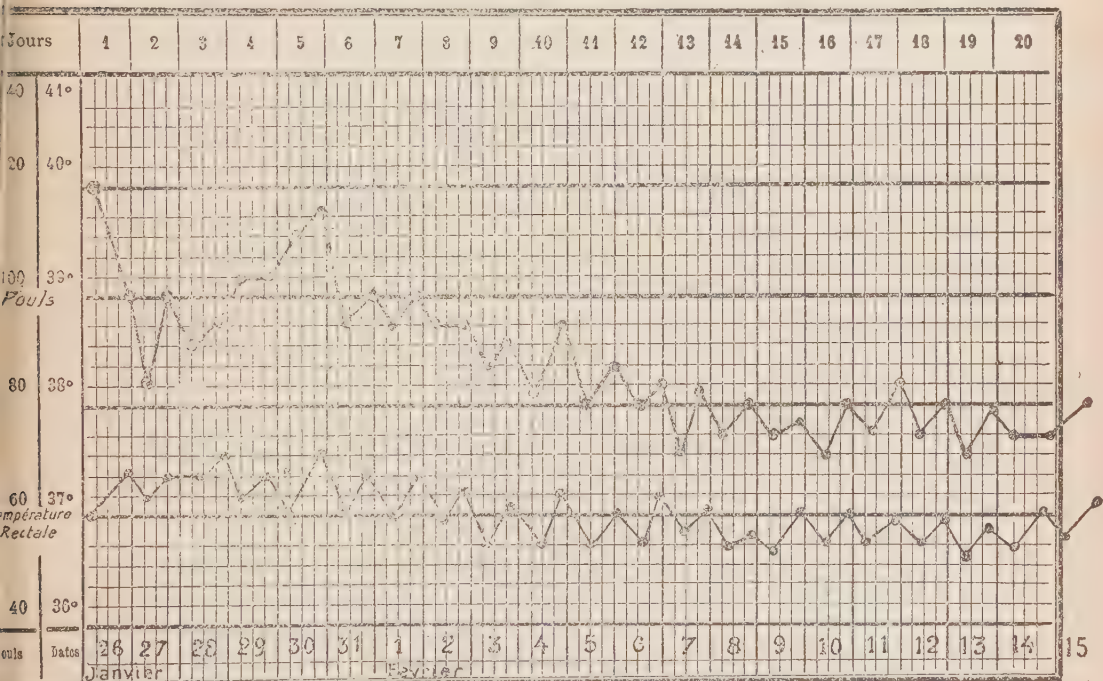
28 janvier. — Régime lacté.

Soir, piqûre de un centimètre cube de chlorhydrate de morphine.

29 janvier. — Purgatif : 30 grammes d'huile de ricin. — Selles abondantes. — Régime lacté. — Compression des seins. — Une piqûre de morphine (un centim. cube).

30 janvier. — La malade est alimentée. Le soir, piqûre de un centimètre cube de morphine.

SUITES DE COUCHES



31 janvier. — Chaque jour on prescrit du quinquina et 40 centigrammes de protoxalate de fer.

2 février. — Le pansement est défait. On retire un fil sur deux. Attouchement de la plaie à la teinture d'iode : elle est en bon état. Le pansement est refait.

3 février. — Purgatif: eau de Sedlitz. Lavement d'huile: selles copieuses.

7 février. — Les derniers fils sont enlevés. Attouchement à la teinture d'iode. La plaie a bon aspect. — Pansement.

13 février. — La malade se lève. Elle part chez elle, le 15 février.

OBSERVATION IV

(DUE AU PROFESSEUR FABRE *de Lyon*)

*Primipare. — Grossesse de six mois et demi. — Albumine
Décollement du placenta normalement inséré*

M. B..., vingt-huit ans, cuisinière, entrée le 12 mai 1906.

Antécédents. — La malade étant dans un état des plus alarmants, lorsqu'on l'amène à la clinique, on ne peut obtenir que quelques renseignements. C'est ainsi qu'elle prétend être enceinte de six mois et demi.

A l'entrée. — Le premier examen nous montre une femme déprimée, pâle, sans forces, dont la chemise est imbibée de sang; elle dit avoir perdu depuis une heure de l'après-midi (entrée à 3 heures).

3 heures du soir. — Après de nombreuses questions, on apprend qu'elle a habituellement une santé excellente et que les premiers mois de sa grossesse se sont écoulés sans accidents. Le matin (jour de son entrée), elle a ciré un parquet, mais ne s'est pas sentie plus fatiguée que de coutume. Ce n'est que vers une heure de l'après-midi, qu'elle s'est mise à perdre brusquement.

A l'inspection, les téguments sont pâles et les muqueuses exsangues.

Elle est dans un état complet de shock.

Le pouls, d'abord incomptable, est à 76 après un moment de repos, mais petit et filiforme.

L'utérus a une hauteur de 27 centimètres, il est contracté et très dur. Un filet de sang s'échappe de la vulve.

La sœur Chomard pratique le toucher et, par un orifice dilaté (2 centimètres et demi) arrive à sentir la poche des eaux.

Vu l'état grave de la malade, on lui fait deux injections de sérum (550 grammes chacune) sous les seins.

3 heures 35 du soir. — Le pouls est toujours à 76, mais plus régulier et mieux frappé.

La malade a quelques vomissements, on lui donne un cordial.

L'hémorragie continue.

4 heures du soir. — Le Docteur Gonnet pratique un tamponnement vaginal avec 2 mètres 20 de gaze aseptique.

4 heures 15. — Pouls à 88. — Le toucher révèle un col étroit et dur. Entre la poche des eaux et la paroi utérine, le sang coule. Pour parer à cette hémorragie, M. le chef de clinique place un ballon dilatateur de Champetier (sous anesthésie à l'éther). Au réveil, légers vomissements.

4 heures 50. — Pouls à 104; la malade délire, se plaint de ne pas y voir, cherche à éloigner l'entourage et demande qu'on la laisse mourir.

4 heures 55. — Nouvelle injection de sérum sous le sein gauche (200 grammes).

On essaye d'inciser l'orifice externe du col.

5 heures. — La malade est portée sur la table d'opération ; le Docteur Gonnet, après avoir enlevé le ballon, essaye de dilater l'orifice interne et rompt la poche des eaux avec le doigt.

Après plusieurs tentatives infructueuses de dilatation, il sectionne l'orifice externe en plusieurs endroits, puis, n'obtenant toujours rien, sectionne la partie inférieure de l'orifice interne (sans plus de succès d'ailleurs).

La branche gauche de la pince à os passe facilement, mais la droite ne peut être introduite. Le perforateur du crâne passe et la boîte se vide. L'utérus diminue de volume (21 centimètres).

Après plusieurs tentatives inutiles pour engager une partie fœtale, le Docteur Gonnet refait un tamponnement intra-utérin et vaginal.

5 heures 25. — Pendant l'opération, on réinjecte 200 grammes de sérum. L'état de la malade reste stationnaire. Pouls à 100, mou, mais plein.

7 heures. — Nouvelle injection de sérum (300 grammes). Suintement sanguin à la vulve. Pouls à 78.

7 heures 20. — Intervention d'urgence. Le Professeur Fabre, prévenu, arrive immédiatement. Après un toucher où il constate l'impossibilité de dilater le col, il décide de faire une césarienne vaginale sous anesthésie.

Après avoir érigé l'utérus en bas, l'avoir décollé de la face postérieure de la vessie et l'avoir attiré en avant, il fait une incision antérieure de 7 centimètres environ et une postérieure de 6 centimètres.

Un bras du fœtus est enlevé, la tête sectionnée et le corps vient ensuite. Sutures, mèches. Pouls : 140 à 8 h. 25 (fin de l'opération).

13 mai, 8 heures 35 du matin. — La nuit a été calme ;

on a donné du chloral, du champagne et fait deux lavements de sérum. Pouls à 118. Température : 38°2.

10 heures. — Le Professeur Fabre ordonne, pour la journée, 2 grammes de chloral et de l'eau à volonté. Toilette externe, après extraction de la mèche placée dans l'utérus. L'albumine diminue.

14 mai, 8 heures du matin. — La nuit a été calme encore. Pouls à 140. Température : 38°7. Purgation avec effet.

3 heures du soir. — Etat général meilleur, mais à certains moments la malade ne comprend pas les questions qu'on lui pose.

SUITES DE COUCHES. — Très bonnes. Abaissement progressif de la température et diminution graduelle de l'albumine.

23 mai. — La malade est encore pâle et très anémiée. Elle présente toujours des troubles de la vue (brouillard, diplopie....) mais il n'y a plus d'albumine et la température est au-dessous de 38.

Ablation des fils (six en avant, cinq en arrière). Cicatrisation à peu près complète en avant, incomplète en arrière.

24 mai. — La fièvre reparaît et semble due à l'ablation des fils.

14 juin. — Depuis, rien de particulier à signaler. Des injections vaginales au permanganate de potasse ont été pratiquées tous les jours.

La fièvre n'a pas reparu.

L'état général est bon, mais la malade est encore très anémiée. Toujours très nerveuse, elle ne consent à répondre aux questions que si l'on insiste fortement.

Les troubles de la vue persistent encore. L'examen du

fond de l'œil ne révèle rien : pas d'œdème, papille blanche, petites veines peu colorées, lésions anémiques.

La femme guérit.

OBSERVATION V *(inédite)*

(Dûe à l'obligeance de M. LE PROFESSEUR RIBEMONT-DESSAIGNES)

Le 16 mars 1909, à 6 heures du soir, une femme de 37 ans arrive à la clinique Beaujon parce que, depuis l'après-midi, elle a des douleurs abdominales ; elle raconte qu'elle a eu des vertiges et des troubles visuels.

A l'examen, on est frappé de la pâleur de la face et des téguments, les lèvres seules sont colorées. La température est de 37°, le pouls bat à 150 pulsations à la minute. A l'interrogatoire, on apprend que les dernières règles remontent du 10 au 14 juin 1908 et que c'est une secundipare qui a eu en 1906 un premier accouchement à terme terminé par un forceps : enfant mort-né.

Au palper, on constate un ventre très tendu, un utérus en contracture permanente d'une hauteur de 37 centimètres qui rend le palper difficile. Néanmoins, on constate une présentation du sommet en O. I. G. A. Les bruits du cœur très sourds et très lointains sont perçus à gauche.

En présence de la tension exagérée des parois, on porte le diagnostic d'hydramnios, qui est confirmé par la sensation de flot, très nette. Cependant la contracture, la pâleur de la face et la rapidité du pouls laissent place à la suspicion d'une hémorragie rétro-placentaire.

Au toucher, l'excavation est vide, le col est déhiscent, basculé en avant ; les membranes intactes. A travers celles-ci, on sent une tête flottante au-dessus du détroit supérieur ; le cul-de-sac postéro-latéral gauche est fortement déprimé par une tumeur de consistance charnue et molle étalée par la compression supérieure qui l'écrase sur la marge du bassin, elle masque l'angle sacro-vertébral, lequel autant qu'on peut le percevoir est facilement accessible. Le sacrum, d'autre part, est accessible dans toute sa hauteur.

En retirant le doigt après le toucher, il est légèrement teinté de sang.

Le diagnostic de fibrome ramolli par la puerpéralité s'impose. Cette femme est mise en observation dans la salle de travail ; mise sur un plan décline, on lui fait 500 grammes de sérum sous-cutané, et le pouls devenu meilleur frappe à 120.

A 1 h. 1/2 du matin, apparition de quelques contractions utérines.

A 2 heures du matin, alors que l'état général semblait amélioré, il se fait soudain une hémorragie vaginale formidable. Le sang qui s'écoule est noirâtre comme du sang déjà épanché depuis quelque temps.

M^{lle} Lascaud, sage-femme en chef, appelée aussitôt, rompt artificiellement les membranes ; l'hémorragie s'atténue. M. le Professeur Ribemont-Dessaignes et M. Theuveny sont prévenus tandis que tout est préparé en vue d'une intervention.

On a fait à la malade de nouveau du sérum et de l'huile camphrée.

M. le Professeur Ribemont-Dessaignes — après exa-

men et quelque hésitation, vu la faiblesse extrême de la malade — se décide à intervenir sur-le-champ.

Tandis que la malade est anesthésiée au chloroforme par M. Willette, M. le Professeur Ribemont-Dessaignes, aidé de M. Theuveny, pratique une laparotomie médiane. — Extériorisation de l'utérus. — Césarienne. — Extraction d'un enfant mort. — Et opération de Porro. — $3/4$ d'heure en tout.

Au moment de l'incision de l'utérus, de nouveau on a une vague sanguine assez importante et peu de caillots.

La malade ayant bien supporté le chloroforme se réveille, mais un quart d'heure après, elle retombe dans un état syncopal ; de nouveau le pouls s'affole et devient filiforme, incomptable. — Un moment la malade semble remontée à la suite d'injections de sérum sous-cutané, rectal et intra-veineux et de piqûres d'huile camphrée, spartéine, caféine, ergotine. — Mais malgré tous les efforts, elle succombe exsangue mais en pleine connaissance à 8 heures du matin.

CONCLUSIONS

1° L'hémorragie rétro-placentaire est quelquefois un accident si brutal que l'accouchement accéléré sans violence n'est pas capable de répondre à l'urgence de la situation.

2° L'opération césarienne est alors nettement indiquée dans le but simplement de sauver la mère.

3° Elle est le seul moyen rapide et simple d'arrêter immédiatement et efficacement l'hémorragie.

4° Les avantages de la césarienne abdominale sur la césarienne vaginale tiennent surtout à sa simplicité et à sa rapidité qui en font une opération plus bénigne pour les personnes épuisées.

5° L'opération de Porro est indiquée toutes les fois que l'utérus se contracte mal et toutes les fois que l'on soupçonne ou que l'on constate de l'infection.

Vu : le Président :

RIBEMONT-DESSAIGNES.

BIBLIOGRAPHIE

Traité généraux. — Observations et articles de journaux

AUVARD. — Traité pratique d'accouchements.

BRINDEAU. — *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1906.

PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE. — Hémorragies retro-placentaires.

REVUE INTERNATIONALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE. — 1904 (*Pinard*, page 397).

THE BOSTON MÉDICAL AND SURGICAL JOURNAL. — 1892 (CXXVII, p. 377-379).

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE, JUIN 1906.
— (*Observation de M. le Professeur Bar*)..

BAR. — Leçons de pathologie obstétricale.

MAYGRIER. — *Journal de Médecine de Paris*, 1892.

THÈSES

LEHMAN (Raoul-Marc). — Des hémorragies rétro-placentaires.

Thèse Paris, 1898-1899

DROUART (Georges-Magloire). — De l'hystérectomie abdominale totale, pendant la grossesse et l'accouchement.

Thèse Nancy, 1899-1900

LELONG (André). — De l'hémorragie rétro-placentaire d'origine traumatique.

Thèse Paris, 1901-1902

GUILLET (François). — L'opération césarienne d'urgence.

Thèse Paris, 1903-1904

BRÉAU (André). — Contribution à l'étude de l'accouchement dans les bassins rétrécis. A quel moment doit-on faire l'opération césarienne?

Thèse Paris, 1905-1906

GASTON (Jules). — Du décollement du placenta normalement inséré, au cours de la grossesse.

Thèse Lyon, 1905-1906

CREMIEU (Marcel). — Des résultats de l'opération de Porro, à la clinique Baudelocque.

Thèse Paris, 1907-1908

MAURAN (Léo). — Des cas de mort par décollement prématuré du placenta inséré normalement.

Thèse Paris, 1908-1909

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Préface	9
Introduction et historique	11
Symptômes et diagnostic	15
Quelle césarienne doit-on pratiquer de préférence.	21
Des divers soins à donner après l'opération de la césarienne	28

OBSERVATIONS

Observation I.	29
Observation II	32
Observation III	34
Observation IV	38
Observation V	42
Conclusions	45
Bibliographie	46
Thèses	47

